

担当責任者	担当者

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者証の 記号及び番号	—	被保険者氏名 及び生年月日	昭・平	年	月	日
適用対象者の 氏名		適用対象者の 生年月日	昭 平 令	年	月	日
適用対象者の 住所						
傷病名		入院医療機関				
被保険者勤務先 (部署名等)						

長期入院	該当 ・ 非該当					
ここから下は長期該当者として申請する者のみ記入して下さい				入院日数合計 (日間)		
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から	日間			
		令和 年 月 日まで				
	入院をした保険医療機関等	名称				
所在地						
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から	日間			
		令和 年 月 日まで				
	入院をした保険医療機関等	名称				
所在地						
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から	日間			
		令和 年 月 日まで				
	入院をした保険医療機関等	名称				
所在地						

上記のとおり関係書類を添えて健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。

令和 年 月 日
住 所
被保険者
氏 名

